

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 juin 1892, à 1 heure

PAR

Ernest GAGÉ

Ancien interne de l'Hôpital civil de Mustapha (Alger)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES OREILLONS

ALBUMINURIE OURLIENNE

Président : M. BROUARDEL, professeur.

Juges : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM.} \\ \text{LABOULBÈNE, professeur.} \\ \text{BALLET, CHANTEMESSE, agrégés.} \end{array} \right.$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 juin 1892, à 1 heure

PAR

Ernest GAGÉ

Ancien interne de l'Hôpital civil de Mustapha (Alger)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES OREILLONS

ALBUMINURIE OURLIENNE

Président : M. BROUARDEL, professeur.

Juges :

<i>Juges :</i>	<i>}</i>	MM.
		LABOULBÈNE, professeur.
		BALLET, CHANTEMESSE, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	A GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.....	G. POUCHET.
Hygiène.....	HAYEM.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBENE
	STRAUS
Clinique médicale.....	G. SEE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	LE FORT.
	DUPLAY
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	TARNIER
	PINARD

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY et PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN Albert
BAR.	GLEYS.	POIRIER, chef des	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomiques	SEGOND.
BRISAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	TUFFIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	WEISS
CHANTEMESSE	LETULLE.	REITTERER.	
CHAUFFARD.	MARIE.	REYNIER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RIBEMONT-DESSAIGNES	
FAUCONNIER.	NELATON.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE PLEIN EXERCICE D'ALGER
ET DE LA FACULTÉ DE PARIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ;

M. Le Professeur BROUARDEL

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DES HOPITAUX.

INTRODUCTION

Pendant le cours de notre stage hospitalier, M. le docteur Armand Siredey a bien voulu attirer notre attention sur deux malades de son service qui présentèrent une albuminurie passagère dans le cours d'une affection ourlienne d'allure d'ailleurs bénigne. Ce fait d'observation assez rare, puisque nous n'avons pu en réunir qu'une dizaine de cas, nous a servi de point de départ pour notre thèse inaugurale, et, avec le concours bienveillant du docteur Siredey, nous avons essayé d'en tirer quelques conclusions au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie des néphrites infectieuses. Notre intention n'est pas de prouver que toutes les maladies du rein, dont on n'aura pas pu rattacher l'étiologie à une maladie infectieuse antérieure doit se rapporter nécessairement à l'affection ourlienne ; notre but est beaucoup plus modeste et nous avons seulement voulu attirer l'attention sur ce fait que les oreillons pouvaient devenir une source de néphrite au même titre que la fièvre scarlatine, la fièvre typhoïde, la rougeole et toutes ces maladies infectieuses qu'a si remarquablement étudiées M. le professeur Bouchard dans leurs rapports avec le rein.

Nous ne voulons pas entreprendre notre sujet sans remercier vivement M. le docteur Siredey de la bienveillance qu'il nous a témoignée et des excellents conseils qu'il nous a donnés pour la rédaction de ce travail. Nous n'aurons

garde d'oublier nos premiers maîtres de l'école de médecine de plein exercice d'Alger, notre cher directeur, M. le professeur Texier, en particulier, et nos chefs de service de l'hôpital civil de Mustapha.

Que MM. les professeurs Bruch et Gros veuillent bien accepter nos remerciements pour l'excellent enseignement qu'ils nous ont prodigué. Nous prions M. le professeur Brouardel, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, d'agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

APERÇU HISTORIQUE.

L'affection ourlienne a été étudiée depuis les temps les plus reculés, et Hippocrate observant dans l'île de Thasos, nous a laissé de cette maladie un remarquable tableau clinique où l'on peut retrouver tous les principaux caractères des épidémies d'oreillons. Voici en effet comment il s'exprime dans son livre des épidémies: « Il survint des tumeurs aux oreilles, d'un seul côté chez beaucoup d'individus, des deux côtés chez le plus grand nombre; les malades étaient sans fièvre et restaient levés. Il y en eut cependant quelques-uns qui ressentirent une légère chaleur; chez tous, ces tumeurs disparurent sans signes critiques. Elles se formèrent chez les adolescents, chez les gens à la fleur de l'âge et parmi ces derniers chez presque tous ceux qui fréquentaient la palestre et les gymnases; elles se montrèrent rarement chez les femmes; chez un grand nombre il y eut des toux sèches, des toux sans expectoration et la voix devenait rauque. Chez les uns, immédiatement, chez les autres après quelque temps, il survenait des phlegmasies douloureuses aux testicules, d'un côté seulement, ou des deux à la fois; chez les uns il y eut des fièvres, chez les autres il n'y en eut pas; ces accidents étaient pour la plupart très douloureux; du reste les malades n'avaient pas besoin de recourir aux soins qu'on donne dans l'officine ».

L'épidémicité, la prédilection marquée de l'affection pour les adolescents qui vivent en agglomération, les complications du côté des testicules et la marche bénigne de la maladie, ont été soigneusement notées par Hippocrate, et pendant longtemps, quoique les épidémies d'oreillons fussent très fréquentes, pas un observateur ajouta un trait à ce tableau.

En 1714, Gaspari observe en Istrie une épidémie d'oreillons et constate l'apparition de l'orchite dans le cours de cette maladie ; il remarque aussi que l'orchite se développe généralement du côté de la parotide engorgée.

Binet, en 1741, fait les mêmes observations et Rochard qui observait à Belle-Isle-en-Mer, en 1757, remarque que l'orchite est souvent double lorsque la fluxion parotidienne elle-même a été double ; il attribue les oreillons à l'influence de l'humidité et s'appuie sur ce fait que cette maladie règne à l'état endémique à Belle-Isle où le climat est très humide.

En 1753, à Bologne, Thomas Laghi remarque que l'orchite n'apparaît pas chez les enfants impubères et les vieillards ; il nie l'influence des variations atmosphériques sur l'apparition de la maladie et pense qu'il y a dans son étiologie quelque chose de surnaturel.

Hamilton d'Edimbourg rapporte l'histoire d'une épidémie qui eut lieu en Ecosse en 1758, où quelques cas se terminèrent par la mort à la suite de phénomènes de délire et de convulsions. C'est lui aussi qui, le premier, note l'atrophie du testicule consécutive à l'orchite ourlienne, atrophie que Grisolle remit plus tard en lumière dans un article de la *Gazette des Hôpitaux* de 1866.

Mangor, en 1772, insiste sur le caractère contagieux de la maladie.

J. Pratolongo, à Gênes, croit aussi à la contagion et observe le premier l'anasarque dans le cours des oreillons ; il tend même à ranger cette affection parmi les fièvres éruptives et voici la lettre qu'il adressait à Borsieri à ce sujet :

« La seule maladie que l'on puisse regarder comme épidémique à Gênes, en ce moment, est celle que nous appelons oreillons. Outre la tuméfaction des parotides, on a vu, chez quelques malades, les testicules se tuméfier aussi avec une fièvre véhémence ; chez d'autres, ce gonflement des parotides était suivi d'une anasarque semblable à celle qui survient parfois après la scarlatine, avec une grande difficulté de respirer et fièvre aiguë. Croyez-vous qu'on puisse mettre ces maladies au rang des éruptives ? »

Groffier, médecin de Châlons-sur-Saône, montre que le déplacement fluxionnaire peut se faire sur les yeux, la bouche, l'estomac et que, quelquefois, la tuméfaction du testicule précède la tuméfaction des parotides.

J. Franck assimile les oreillons aux fièvres rhumatismales et Trousseau rapporte deux observations d'oreillons qui revêtirent les allures d'une fièvre typhoïde grave au début.

Depuis, sans compter Chomel, Grisolle, Rilliet, Guéneau de Mussy et Bouchut, presque toutes les épidémies d'oreillons ont trouvé leur historien et chacun d'eux s'est appliqué à faire ressortir les particularités et les bizarreries de cette maladie. Les médecins de l'armée et de la marine, bien placés pour étudier cette affection, ont fourni un grand nombre de travaux sur ce sujet.

La mastite ourlienne a été signalée par Trével (Thèse de Strasbourg, 1812) et par Jobard (thèse de Paris, 1875).

Meynet, dans la *Gazette médicale de Lyon* de 1866, donne des observations d'oreillons suivis de métastase sur les ovaires, et, la même année, Bouteillier traite le même sujet dans sa thèse inaugurale. Rilliet et Gailhard signalent la tuméfaction des grandes lèvres. Gosselin donne l'observation d'un jeune homme présentant une tuméfaction énorme de la prostate au cours d'oreillons compliqués d'orchite.

En 1882, J. Appleyard publie une observation d'oreillons avec souffle cardiaque, température élevée et métastase articulaire et Jaccoud, dans ses cliniques, décrit deux cas d'endocardite survenue chez deux malades atteints, l'un de fièvre ourlienne grave, l'autre de fièvre ourlienne bénigne. Les deux malades dont les observations sont rapportées dans la thèse de M. Bourgeois guérissent rapidement et d'une façon complète.

D'ailleurs, que l'affection ourlienne soit grave ou non elle revêt toujours, par l'ensemble de ses symptômes, la marche des maladies infectieuses et le professeur Jaccoud ne manque pas d'attirer l'attention sur ce point dans un article paru dans la *Gazette des Hôpitaux* au mois de juin 1885.

Beaucoup d'autres complications ont encore été observées dans l'affection ourlienne et Ménière a signalé un cas de surdité bilatérale et complète à la suite d'oreillons. Enfin, M. Karth dans sa thèse inaugurale, rapporte l'observation d'un malade du service de M. le professeur Bouchard, qui, atteint d'oreillons « présenta des symptômes de la plus haute gravité rappelant les diphtéries toxiques ou les scarlatines malignes et faillit succomber, dès les premiers jours avec des symptômes d'empoisonnement des plus évidents ».

L'affection ourlienne revêtant dans sa marche les allures des maladies infectieuses il était naturel d'en rechercher le principe morbide. Capitan et Charin exposèrent le résultat de leurs recherches dans un article du bulletin de la Société de biologie paru le 18 mai et le 24 juin 1881. Leurs recherches portèrent sur le sang de treize malades qui fut cultivé dans du bouillon Liebig et dans chacun des cas ils ont pu constater la présence d'organismes de formes toujours identiques « tantôt de petits bâtonnets de deux à trois millièmes de millimètre de longueur, tantôt et plus souvent des micrococcus tous également mobiles. L'urine de ces malades a été examinée, et, chez un seul on a constaté de l'albumine rétractile et des microbes qui ont pu être cultivés. Les inoculations que l'on a faites n'ont pas donné de résultats ». Le professeur Bouchard trouva aussi des microbes dans la salive et dans l'urine albumineuse de son malade.

En 1885 Boinet fit également des recherches sur le microbe des oreillons et consigna dans le *Lyon médical* le résultat de ses observations.

Bien d'autres auteurs se sont encore occupés des oreillons et il ne se passe guère d'année qui ne soit signalée par l'apparition d'une thèse sur ce sujet ; nous en avons cité quelques-uns dans le cours de notre aperçu historique, on retrouvera le nom des autres dans notre index bibliographique au fur et à mesure que nous aurons à mentionner leurs travaux.

CHAPITRE II.

DESCRIPTION CLINIQUE.

Quelque nombreux qu'aient été les auteurs qui se sont occupés de la maladie ourlienne, il en est bien peu qui aient signalé l'albuminurie dans le cours de cette affection, quoique beaucoup d'entre eux se soient efforcés de rattacher les oreillons aux fièvres éruptives et les aient comparés tantôt à la rougeole et tantôt à la scarlatine. En 1782, déjà, Prasplongo, de Gênes, avait remarqué que parmi des malades atteints d'oreillons quelques-uns présentaient une anasarque considérable; ces symptômes importants ne pouvaient évidemment pas échapper à un observateur attentif, mais il faut arriver au milieu de ce siècle pour voir signaler l'albuminurie dans les cas bénins et ordinaires. En 1856, dans une épidémie qui sévissait à Antibes, Renard eût l'occasion de constater la présence de l'albumine dans les urines de trois soldats qui avaient été traités à l'Hôpital pour des oreillons et qui ne présentèrent de l'œdème des jambes que quelques jours après leur sortie, alors qu'ils étaient considérés comme complètement guéris. Renard voyait dans ce fait, non une métastase qui se serait portée sur le rein, comme elle se porte le plus souvent sur le testicule, mais une fluxion: « La maladie générale dite oreillons a déterminé sur la glande rénale et sur les tissus périphériques une fluxion comme sur toute autre glande ;

la circulation s'en est trouvée gênée, entravée à un degré quelconque, et de là ce trouble fonctionnel par lequel l'albumine apparaît dans les urines ; il n'en faut pas davantage. »

L. Colin, en 1874, observa aussi un cas d'albuminurie grave survenant dans le cours d'oreillons et qui entraîna la mort de son malade. L'autopsie pratiquée par le professeur Laveran montra que le rein était atteint de néphrite interstitielle aiguë avec un mélange de néphrite épithéliale.

L. Renard a consigné le résultat de ses observations dans les archives de médecine militaire de 1885. Il avait été frappé du nombre relativement considérable de décès par albuminurie qui s'étaient produits dans la garnison d'Angers, et il n'avait pas tardé à remarquer que tous les malades qui succombaient de ce chef, avaient été atteints d'oreillons.

Il peut donc survenir, dans le cours de la maladie ourlienne, des néphrites qui sont en tout point comparables à celles que l'on observe dans le cours de la rougeole et de la scarlatine ; mais, en outre de ces cas très graves qui attirent forcément l'attention par l'intensité des symptômes, nous croyons qu'il peut exister une albuminurie passagère, bénigne, évoluant pour ainsi dire secrètement et que l'on ne pourra déceler que par une observation attentive et quotidienne. Nous n'avons pas malheureusement beaucoup d'observations à notre disposition, mais dans les trois cas qu'il nous a été donné d'observer, c'est plusieurs jours après le début de la maladie, et même, lorsque le malade paraissait entrer en pleine voie de guérison, que l'on pût constater la présence de l'albumine dans les urines, alors qu'on n'en avait pas trouvé dans les premiers jours, quand les

phénomènes fébriles étaient très accusés. C'est probablement parce que l'albumine n'a pas été recherchée quotidiennement qu'elle n'a pas été signalée plus souvent par les auteurs dans le cours des oreillons.

Outre les observations de Renard et de Collin, où les phénomènes d'infiltration oedémateuse ont attiré l'attention sur la néphrite possible, recherchons en effet, dans les quelques cas que nous avons pu rassembler, comment se présente l'albuminurie !

Dans notre observation III, que nous empruntons à M. Jaccoud, observation que nous avons retrouvée dans la thèse de M. Bourgeois, il s'agit d'un jeune homme qui est pris subitement d'oreillons, alors qu'il était en pleine santé. La parotidite ourlienne évolue d'abord normalement, les symptômes généraux ne paraissent pas très accusés, la fièvre n'est pas très intense, quand survient une orchite ; la scène change aussitôt, et les phénomènes fébriles sont tellement accentués qu'ils sont à eux seuls, dit Jaccoud, une marque suffisante de l'état infectieux. A ce moment là, le malade présentait des signes positifs d'endocardite, mais l'examen le plus attentif ne put déceler la présence de l'albumine dans les urines. Cet état infectieux dure trois jours, et ce n'est qu'au bout de ce temps qu'on constate pour la première fois un peu d'albumine dans les urines. L'albuminurie dure deux jours pendant lesquels les symptômes généraux s'amendent peu à peu, et quand la défervescence est effectuée, on ne retrouve plus de trace d'albumine.

L'observation IV, empruntée à la thèse de M. Bourgeois, présente une analogie complète avec la précédente ; là encore, nous retrouvons une albumine passagère qui se pro-

duit lorsque la fluxion parotidienne est sur le point de céder, albuminurie qui dure deux jours, pendant que la fièvre atteint son plus haut degré et qui disparaît lorsque la température est revenue à la normale.

L'observation V, publiée dans la thèse de M. Plagneux, a trait à un malade qui a présenté des affections articulaires précédant une parotidite ourlienne. On crut d'abord à un rhumatisme articulaire jusqu'au moment où l'apparition de la parotidite vint donner un démenti au diagnostic. Dans les premiers jours, l'urine du malade ne contenait pas d'albumine, puis, comme dans les observations de M. Bourgeois, pendant les deux jours qui précèdent la défervescence, présence d'une quantité notable d'albumine qui disparaît avec les symptômes fébriles. Voici donc trois cas où l'albumine n'a été découverte que par hasard et parce que l'on avait procédé systématiquement à l'analyse quotidienne des urines. Cette albuminurie bénigne et passagère aurait parfaitement pu passer inaperçue si l'on n'avait analysé les urines que le premier jour puisque aucune infiltration oedémateuse n'attirait l'attention des observateurs sur l'état des reins.

L'observation VI, due à M. le professeur Colin, est intéressante par plusieurs points. En effet c'est une des rares observations d'albuminurie grave consécutive à des oreillons; le malade succombe en quelques jours à des crises d'urémie et à l'autopsie on peut constater des lésions très-nettes de néphrite interstitielle et épithéliale aiguë.

M. Colin fait suivre l'histoire de son malade de quelques réflexions que nous allons reproduire : « L'anasarque apparaît au milieu d'un calme général tel, que le malade n'est même pas traité à l'infirmerie de son corps et qu'il

est resté alité dans sa chambre..... On peut même se demander si le peu d'attention accordée par le malade à son affection et l'absence de toute précaution contre les vicissitudes atmosphériques, n'ont pas contribué à entraîner la localisation du mal sur les reins, comme le fait à lieu si souvent, en somme, dans l'albuminurie aiguë. »

Enfin, dans nos trois observations personnelles, quoique nos malades n'aient pas présenté de phénomènes généraux d'une importante gravité, nous avons pu constater dans leurs urines, au moment où rien ne faisait pressentir cette complication, une quantité appréciable d'albumine qui n'a pas persisté plus de trois jours et qui est survenue à une époque où tous les symptômes fébriles avaient disparu et où l'on était en droit de croire que les malades étaient complètement guéris.

Que ces trois malades fussent soumis à ce moment là à une cause de refroidissement quelconque, ou à une alimentation défectueuse, cette néphrite passagère pourrait prendre une importance plus grande, comme dans le cas de M. Colin, et pour peu que l'on oubliât l'affection ourlienne primitive, voilà encore trois observations qui allaient renforcer le cadre de néphrites à frigore.

L'albumine ne se présente donc pas, dans le cours des oreillons, d'une façon toujours identique; tantôt elle s'annonce à grand fracas, dès le début de la maladie, avec des symptômes d'infiltration tels, que l'attention du médecin est forcément attirée sur l'état des reins, mais ces cas sont de beaucoup les plus rares; d'autres fois la néphrite n'est trahie que par un léger œdème survenant dans le cours de convalescence, ou par une recrudescence insolite des symptômes généraux, d'autres fois encore, comme

dans nos observations, et cela, beaucoup plus souvent qu'on ne serait porté à le croire, l'albuminurie évolue silencieusement sans qu'aucun symptôme ne la trahisse. Ce fait nous paraît avoir une importance réelle, car il est intéressant, quand on suit de tels malades, de savoir comment ce rein qui a été touché une première fois, si peu que ce soit, se comportera dans le cours des autres maladies infectieuses auxquelles on est exposé tous les jours.

CHAPITRE III

Observation I.

(De L. Renard, *Union médicale*, 20 mars 1869.)

En 1856, étant en garnison à Antibes, il y avait au fort Carré une réunion de jeunes recrues, parmi lesquelles régnait une épidémie d'oreillons. L'un de mes malades avait eu des oreillons très bénins dont la délitescence s'était opérée rapidement, et je le croyais guéri, lorsque je le vis reparaître à ma visite deux ou trois jours après, me disant : — Je reviens vous voir ; mes enflures sont revenues. Mais, lui dis-je, ce n'est pas la même chose : votre visage est enflé de partout, et que dites-vous de vos pieds ? — Ah oui, ils sont gonflés et mes jambes aussi. Séance tenante, je me procurai de l'urine du malade et l'acide nitrique y dénotait une quantité considérable d'albumine. Ce n'était pas autrement que quelques mois auparavant j'avais vu débiter une albuminurie qui en moins d'un mois s'était terminée fatalement après avoir provoqué l'anasarque, des épanchements dans les grandes séreuses et de l'œdème des poumons. Je voyais déjà ces graves symptômes se dérouler chez mon nouvel albuminurique et je l'envoyai à l'hôpital sans lui faire part de mon pronostic. Au bout de deux jours d'observation, le médecin traitant ne voyant rien empirer, au contraire, et le malade criant la faim, ne se préoccupa plus de l'albumine, nourrit largement le malade et me le renvoya après dix jours de repos. A sa sortie je m'empressai de constater encore la présence de l'albumine dans les urines, mais en minime

quantité. Pendant que ce premier malade était encore à l'hôpital, deux autres absolument dans la même position, mais avec des œdèmes moins prononcés aux pieds et au visage, s'offrirent à mon observation ; mais instruit par l'histoire du premier, je gardai les deux autres près de moi à l'infirmerie, me bornant à constater que trois semaines au moins après le début de la maladie, les urines étaient encore légèrement albumineuses. Ces trois hommes partaient bientôt pour l'Afrique et j'appris, beaucoup plus tard, qu'aucun accident ne leur était survenu.

Observation II.

(Du Dr Renard. Archives de Médecine militaire, 1885.)

Au mois de janvier 1885, un malade du 135^e de ligne entrait à l'hôpital avec le diagnostic : oreillons-albuminurie. Cette double mention était de nature, on le comprend, à éveiller mon attention d'une manière toute spéciale.

Le malade fut donc soigneusement interrogé et observé : il présentait un gonflement notable des deux parotides, de l'œdème du bas-ventre et des chevilles, la fièvre était presque tombée et l'état général était très bon. Il raconte que quelques jours avant, ses pieds et ses jambes étaient enflés au point qu'il ne pouvait plus se chausser. L'analyse de l'urine décèle une assez forte proportion d'albumine. L'aide-major du régiment, M. Chêne, qui avait visité le malade et qui avait rédigé le certificat d'entrée à l'hôpital, m'adressa sur la demande que je lui en fis, les renseignements complémentaires suivants :

« Le nommé Chauvet, soldat de première classe, se présente à la visite le 16 janvier 1885. Il se plaint d'inappétence, langue saburrale, pas de céphalalgie, légère angine. Le 17, gonflement de la région parotidienne, angine, langue saburrale. Le 18,

même état, je demande au malade s'il ne ressent aucune douleur dans les testicules, réponse négative. Le 20 à la visite, même état. Dans l'après-midi, le malade vient me trouver, disant qu'il a les parties enflées. Je constate un œdème assez considérable des bourses. Les membres inférieurs sont également œdématisés, mais à un degré moindre. Le lendemain 21, l'œdème a diminué aux bourses et aux membres inférieurs, mais il est encore très apparent. Les urines sont examinées. L'épreuve par la chaleur et par l'acide nitrique donne un précipité d'albumine très abondant ».

Ce malade guérit, franchement, quelques temps après. Il avait déjà eu une fois les oreillons l'année précédente. Quatre autres malades ayant eu de l'albuminurie à la suite d'oreillons, succombèrent.

Observation III.

(De M. Jaccout, publiée dans la thèse de M. Bourgeois, Paris, 1888.
Résumée.)

Albuminurie passagère.

Jeune homme pris d'oreillons en pleine santé le 22 mars. Parotidite double.

6 avril. Orchite droite, recrudescence des symptômes généraux, endocardite ourlienne; l'auscultation du cœur fait entendre à la pointe un souffle systolique fort et rude, et au foyer aortique un souffle également au premier temps, moins long et moins râpeux.

Le 8 avril, température du soir, 40°4,

Le 9 avril, température M. 39°8, le S. 41°.

Pas d'augmentation de volume de la rate, pas d'albumine dans les urines.

Le 9 avril, les régions parotidiennes sont complètement dégagées, l'orchite persiste au même degré.

Le 10 avril, un peu d'albumine dans les urines.

T. matin, 39°4.

T. soir, 40°2.

Le 11 avril, T. matin, 38°8.

— soir, 38°.

Le 12, la défervescence est effectuée, plus de température, plus d'albumine dans les urines, l'endocardite persiste légèrement. Le malade est complètement guéri le 25 avril.

Observation IV.

(D'après Bourgeois, thèse de Paris, 1888. Résumée.)

Albuminurie passagère.

Charles X. , âgé de 18 ans, domestique, prend les oreillons le 7 mai 1887. La maladie a débuté par une fluxion parotidienne du côté gauche ; les glandes sous-maxillaires et les linguales sont le siège d'une tuméfaction douloureuse.

Le 9 mai, T. S., 38°.

Le 10 mai, T. S., 40°5, le côté droit est pris à son tour.

Le 11, T. M., 39°. La douleur au niveau des parotides a diminué ; apparition d'une petite quantité d'albumine dans les urines.

Le 11, au soir, T. 40°.

Le 12, commencement de la défervescence. La fluxion diminue sensiblement. L'albumine a disparu.

Le 17, le malade est complètement guéri.

Observation V

(de Plagneux, thèse de Paris 1885. Manifestations articulaires ayant précédé des oreillons. Néphrite catarrhale. Résumée).

Roques Jean, soldat d'infanterie de marine, entre dans le service de M. le Dr Bourru à l'hôpital maritime de Rochefort.

D'une constitution vigoureuse, sans antécédents morbides ni héréditaires, accuse depuis 4 jours des douleurs au niveau du sternum et de la région lombaire ; céphalagie vive, courbature, on constate de la fièvre avec de l'exacerbation vespérale. Depuis 2 jours douleurs vives dans les articulations fémoro-tibiales.

24 février, douleurs lombaires vives et spontanées, les genoux sont légèrement tuméfiés et le malade accuse une douleur très vive à la pression à ce niveau.

Température : Matin 38°2. Soir 39°.

On pose le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu. Le 25 tuméfaction des régions parotidiennes.

Température : Matin 38°4. Soir 39°.

Analyse des urines. Urée 29 gr. 7. Réaction acide, pas d'albumine.

Le 27, même état.

Température : Matin 38°8. Soir 39°2.

Analyse des Urines. Urée 29 gr. Réaction acide, pas d'albumine.

Le 28 même état.

Température : Matin 38°9. Soir 39°2.

Pour la première fois on trouve de l'albumine dans les urines 50 centigr. par litre.

Le 1^{er} mars. Même intensité dans les douleurs, même quan-

tité d'albumine dans les urines. Gonflement parotidien toujours persistant.

Température : Matin 38°4. Soir 39°1.

Le 3 mars, température des régions parotidiennes moins considérable. Tuméfaction des régions coxo-fémorales.

Température 37°5. Soir 39°2, plus, d'albumine dans les urines.

Les symptômes vont en s'amendant jusqu'au 5 mars ; le 15 la guérison est complète.

Observation VI

Du professeur Colin. Oreillons, albuminurie grave, mort). Rapportée dans la thèse de Lemarchand. Abrégée.

Un soldat de la garde républicaine est pris subitement d'une orchite double ; le lendemain 24 octobre parotidite gauche.

Pendant que cette tuméfaction allait en s'accroissant la face devint bouffie et l'infiltration œdémateuse du tissu cellulaire gagna rapidement tout le tronc et notamment le scrotum. L'examen des urines dénote de l'albumine.

Le 30 octobre le malade entre au Val-de-Grâce. On constate de l'œdème de tout le tissu cellulaire et une quantité considérable d'albumine dans les urines. Le côté droit de la face est tuméfié au niveau de la parotide qui a été atteinte au moment où disparaissait la tuméfaction de la parotide gauche.

Le 6 novembre le malade se plaint de quelques troubles de la vision.

Le 10. Céphalalgie qui empêche de dormir le malade.

Le 13. Crise convulsive épileptiforme suivie de coma. En 24 heures le malade n'a rendu que 300 cc. d'urines renfermant 22 gr. 8 d'albumine, pour 1 litre.

14 et 15. Crises convulsives suivies de coma. La vue s'obscurcit de plus en plus.

17. Dyspnée intense ; râles trachéaux. A l'auscultation de la poitrine râles sibilants et muqueux généralisés. Battements du cœur profonds, précipités. Signes d'épanchements dans le péritoine.

18. Accès d'étouffement. Visage cyanosé.

19. Orthopnée, pouls radial insensible, diarrhée.

20. Légère amélioration, respiration moins gênée.

21. La dyspnée augmente, la face se cyanose. La malade succombe par asphyxie dans la soirée.

Autopsie. — Les reins sont volumineux ; le rein gauche présente des altérations plus avancées. La capsule peu adhérente se déchire facilement ; elle présente une coloration d'un blanc jaunâtre avec des arborisations vasculaires. A la coupe, la substance corticale présente une teinte générale jaunâtre ; sur ce fond, des taches blanches irrégulières, ayant l'aspect de taches graisseuses. Dans l'intervalle, des points hyperémiés. Les principales altérations du rein droit portent également sur la substance corticale qui est plus congestionnée que celle du rein gauche. M. le professeur agrégé Laverau, ayant fait l'examen histologique de ces organes constata ce qui suit : Les altérations du rein droit portent presque exclusivement sur la substance corticale, ainsi que le faisait prévoir l'examen macroscopique ; le tissu conjonctif présente des traces manifestes d'inflammation. Il a dissocié, comprimé les tubuli ; on trouve çà et là de jeunes cellules provenant d'une prolifération des cellules plasmiques ; il y a donc néphrite interstitielle aiguë, mais cette néphrite interstitielle n'est pas sans mélange de néphrite épithéliale ; un grand nombre de tubuli sont remplis par des cylindres fibrineux, d'autres renferment de grandes cellules arrondies granulo-graisseuses, qui sont évidemment des cellules épithéliales en voie de dégénérescence. Ce qui attire surtout l'attention à l'examen des coupes provenant de ce rein, c'est

l'existence d'un grand nombre de cristaux, isolés ou agglomérés qui correspondent exactement aux petits points blancs qui avaient été notés à l'examen macroscopique, et qu'on avait pu attribuer au premier abord à une dégénérescence de l'épithélium, plus avancée en certains points que dans d'autres. Les cristaux disséminés dans la substance corticale, sont des cristaux aciculaires, assez analogues, au premier abord, aux cristaux d'urate de soude, qu'on trouve parfois dans les reins des gouteux; mais ils ne se dissolvent pas dans l'eau froide, et l'addition d'acide acétique ne met pas en liberté des cristaux d'acide urique, ainsi que cela a lieu quand il s'agit d'urate de soude. Les cristaux, disposés sous forme de pelotes ou d'éventail, sont en général contenus dans l'intérieur des tubuli qui se sont oblitérés sur certains points; ils ressemblent parfaitement aux formes cristallines de la leucine ou de la tyrosine. Dans le tissu intertubulaire, on trouve des cristaux isolés, en général, plus rarement réunis sous forme de faisceaux. Le rein gauche présente des altérations histologiques analogues à celles du rein droit, mais plus avancées.

Les autres organes ne présentent rien de bien particulier.

Observation VII.

(Prise dans le service de M. le Dr Bucquoy. — M. Siredey, intérimaire.)

Tognet (Jean-Baptiste), âgé de 29 ans, garçon de magasin, entre le 18 avril 1892 dans la salle Saint-Augustin, lit n° 10 (Hôtel-Dieu).

Pas d'antécédents héréditaires, il a eu une rougeole bénigne en 1870, mais depuis, il n'a jamais été malade. Cet homme paraît avoir des habitudes alcooliques, il avoue qu'il a fait autrefois des excès de boisson.

Le 8 et le 9 avril 1892, le malade se plaint d'inappétence, de malaise général, il éprouve une légère douleur dans la gorge, la bouche est sèche, mais la déglutition n'est pas gênée. Cet état dure jusqu'au 12 avril.

Le 12 avril il se trouve trop faible pour se rendre à son travail, les symptômes précédents se trouvent plus accusés, il ressent une douleur à l'angle gauche de la mâchoire, au-dessous de l'oreille.

Le 13, apparition à gauche d'une petite tumeur dure, résistante, douloureuse à la pression, qui envahit en un jour toute la région parotidienne. Le lendemain le côté droit se prend à son tour. Soif vive, courbature, céphalée, fièvre, pas de délire.

Traitement : application de pommade mercurielle et cataplasmes de farine de lin.

Après deux jours, les oreillons disparaissent sans laisser de trace ; l'état général du malade est satisfaisant.

Le 17, apparition d'une orchite à droite, le soir le testicule gauche se prend à son tour.

Le 18, le malade est pris d'un mouvement fébrile avec délire bruyant, il crie, se débat, se lève, à tel point qu'on est obligé de l'attacher et de l'amener à l'hôpital.

Le 19 avril, toute trace des oreillons a disparu, le malade n'a plus ni fièvre ni délire, il est très calme et sa connaissance est entière, il est légèrement abattu. La peau du scrotum est rouge et tendue, les deux testicules sont durs et douloureux à la pression, léger épanchement dans la vaginale, les épидидymes sont indemnes, à droite on constate l'inversion de l'épididyme. Pas d'écoulement uréthral. Pas d'œdème des jambes, ni bouffissure de la face. L'analyse des urines dénote une quantité notable d'albumine.

Traitement : application de pommade mercurielle et de cataplasmes de farine de lin. Elévation des testicules sur une lame de carton qui repose sur les cuisses. Régime lacté.

20 avril. Même état que précédemment, la fluxion testiculaire tend à diminuer, pas de fièvre.

22 avril. Même état.

23 avril. L'état général du malade est excellent. Plus de douleurs, le testicule droit n'est plus induré et il est revenu à une grosseur normale, le gauche est un peu plus volumineux qu'à l'état normal. Plus d'albumine dans les urines.

27 avril. Le malade est complètement guéri.

Observation VIII

(Prise dans le service du Dr Siredey)

Le nommé Ewertz Pierre, imprimeur, âgé de 17 ans, entre à l'Hôtel-Dieu annexe le 29 mars 1892, salle St-Pierre, lit n° 24.

Le malade ne donne pas de renseignements bien précis sur ses antécédents héréditaires.

Son père qui souffrait d'une maladie de cœur serait mort l'an dernier subitement à l'âge de 50 ans ; sa mère est morte vers la même époque à 34 ans d'une affection de poitrine. Ses frères et sœurs sont bien portants, lui-même n'a eu qu'une rougeole bénigne à l'âge de 8 ans. Depuis un an il vit seul et ne s'est pas trouvé en rapport avec quelqu'un qui ait une maladie analogue à la sienne.

Le malade prétend que le jeudi 4 mars il s'est mouillé et qu'il a eu froid. Le lendemain il s'aperçoit qu'il a une enflure au niveau de l'angle gauche de la mâchoire ; il éprouve une sensation de gêne et une douleur vague exaspérée par la pression et par les mouvements de mastication. Un peu de céphalée, pas de perte de l'appétit ; il se rend comme d'habitude à son travail.

Le 26, même état, le malade mange et travaille comme la veille.

27. Le malade remarque qu'il a un peu mal à la gorge, la gêne de la mastication a augmenté mais il va néanmoins se promener.

28. Les symptômes généraux ont augmenté considérablement; il a du malaise, de la céphalalgie, des frissons; anorexie et courbature, il reste couché : Dans la nuit fièvre, vomissements, céphalalgie ; il se décide à entrer à l'hôpital.

29 Mars. T. rectale 39° ; le malade est assez calme. Dans la nuit, exaspération des phénomènes généraux, vomissements bilieux.

30 mars. — Temp. du matin 40°5. S. 39°5. Epistaxis, vomissements, un peu de diarrhée, violent mal de gorge, le malade est prostré et abattu, il répond à peine aux questions qu'on lui pose ; le teint est coloré, les yeux brillants, des 2 côtés les régions parotidiennes sont gonflées les glandes sublinguales et sub-maxillaires sont envahies aussi par la fluxion ; douleur aiguë au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, la gorge est à peine rouge.

Rien aux testicules, pas d'albumine dans les urines.

Traitement : Lotions froides, un gramme de sulfate de quinine en deux fois.

31. Température : Matin 39°2. Soir 39°5.

Les symptômes généraux se sont amendés, plus de maux de tête, plus de vomissements ni de diarrhée ; quelques epistaxis ; les régions parotidiennes sont moins tuméfiées et moins sensibles, rien aux testicules, pas d'albumine dans les urines.

1^{er} avril. Les symptômes généraux ont disparu ; seule la fièvre persiste encore un peu, la fluxion parotidienne a beaucoup diminué. Pas d'albumine dans les urines.

Température : Matin 38°. Soir 38°9.

2. L'amélioration persiste. Pas d'albumine dans les urines.

Température : Matin 37°. Soir 38°.

3. Même état. Pas d'albumine.

Température : Matin 37°5 Soir 38°.

4. Température : Matin 37° 2. Soir 37°.

Léger nuage d'albumine dans les urines.

5. Température normale, la région parotidienne est toujours le siège d'une légère fluxion.

L'albumine dosée à l'aide du tube d'Esbach donne 0,25centigr. pour 1 litre.

6. Même état, 0,25 centigr. d'albumine.

7. La région parotidienne est presque tout à fait dégagée, plus de sensibilité à la pression. Température normale, 0,25centigr. d'albumine. On soumet le malade au régime lacté.

8. Température normale, l'albumine a disparu on ne retrouve plus trace de parotidite.

Le malade sort complètement guéri.

Observation IX

Recueillie et communiquée par le Dr Armand Siredey.

M. Ch. X... 17 ans, à eu une fièvre typhoïde légère en 1888, un zona de la branche frontale du nerf ophthalmique en décembre 1890 ; il a néanmoins une bonne santé habituelle et n'a jamais présenté d'albuminurie.

Le 25 février 1892, je suis appelé auprès de M. X..., qui se plaint d'un léger mal de tête, de courbature et de gonflement de la joue gauche qu'il attribue à un refroidissement. Il est facile de constater, dès ce moment, que la tuméfaction est limitée à la région parotidienne gauche, que la douleur a son maximum au-dessous de l'oreille et en arrière de la branche montante du maxillaire. La peau est tendue, luisante, à ce niveau. Aspect très caractéristique qui fait porter le diagnostic d'oreillons.

Langue saburrale, température axillaire 38°2, un peu de constipation ; pas d'albuminurie.

Traitement. Laxatif léger ; repos à la chambre.

27 février. — La tuméfaction ourlienne se montre du côté droit avec les mêmes caractères qu'à gauche ; elle commence à diminuer à gauche ; même température ; état général assez satisfaisant ; pas de fièvre, peu d'abattement ; le malade peut travailler à la préparation de son baccalauréat bien que le repos lui soit formellement prescrit.

Le 1^{er} mars, dans l'après-midi, alors que le gonflement de la joue gauche a complètement disparu et que celui de la joue droite a notablement diminué, le malade est pris d'un violent frisson. La température axillaire est vers 6 heures du soir de 39°8. Je vois le malade à 10 heures du soir ; il a de la céphalalgie du dégoût des aliments, des sensations de vertige, de la prostration, l'aspect typhoïde. Je constate une légère douleur dans le testicule gauche, au niveau de l'épididyme ; très légère tuméfaction de l'épididyme sans douleur et sans augmentation de volume du testicule.

Traitement : Sulfate de quinine 0,40 centigrammes, purgation légère, lait, grog, etc.

Le 2 mars, persistance du mal de tête et des vertiges : état nauséux ; la langue est blanchâtre, les urines sont rares et épaisses ; elles contiennent 45 centigrammes d'albumine par litre.

Température matinale 39°3, vespérale 39°.

Traitement : régime lacté absolu ; un peu de café et d'eau de Vichy. Sulfate de quinine.

Le 24 mars, l'albumine a diminué sensiblement (il n'y en a plus que 25 centigr. par litre environ. Température 38°9). La langue est un peu plus nette, le gonflement de l'épididyme n'augmente pas.

Le 3 mars, il ne reste plus qu'un léger nuage d'albumine, le mal de tête ne se reproduit que par crises dans la journée. Le malade est bien éveillé, il a de l'appétit, conservation du régime lacté.

Le 10 mars, disparition complète de l'albumine, retour à l'alimentation ordinaire.

Depuis, j'ai revu plusieurs fois le malade et j'ai pu constater qu'il ne présentait plus d'albumine dans ses urines.

CHAPITRE IV.

CONSIDÉRATIONS SUR LA NÉPHRITE OURLIENNE.

Que faut-il penser de la présence de cette albumine dans les urines, juste au moment où l'affection va disparaître ; y a-t-il là une simple localisation de la maladie ou le rein serait-il la voie d'élimination du germe infectieux ?

Lorsque Capitan et Charrin firent leurs recherches sur l'étiologie et la pathogénie des oreillons, ils retrouvèrent dans le sang de tous leurs malades un certain nombre de microorganismes « de formes toujours identiques : c'étaient tantôt des petits bâtonnets de deux à trois millièmes de millimètres de longueur, tantôt des micrococci tous également mobiles, » qu'ils purent cultiver et faire reproduire. La salive des malades contenait aussi des microbes, mais ceux-là de forme assez variée, de la présence desquels on ne pouvait tirer aucune conclusion, car la salive normale en renferme toujours. Enfin l'urine cultivée pareillement ne contenait ni microbes ni albumine chez douze malades sur treize, tandis que dans l'urine du treizième qui contenait de l'albumine rétractile on constata la présence de microbes qui ont pu être cultivés.

On se trouvait donc, dans ce cas, en présence d'une néphrite infectieuse passagère analogue à celles que Monsieur le professeur Bouchard a démontrées et constatées dans différentes maladies infectieuses telles que la fièvre

typhoïde, la fièvre puerpérale, la fièvre herpétique, la rougeole, l'érysipèle de la face, l'ostéo-myélite, l'amygdalite aiguë infectieuse, la dyssentérie, l'angine diphthéritique, la rage, etc...

Ces néphrites infectieuses, quoique passagères et le plus souvent bénignes, peuvent néanmoins devenir une complication fâcheuse et peuvent entraîner la mort, comme dans le cas de M^r Colin ; mais à part ces cas exceptionnels, ne sommes-nous pas en droit de faire à propos de ces néphrites ourliennes, les réflexions que M^r le professeur Bouchard fait à propos de toutes les néphrites infectieuses.

« La durée moyenne des néphrites infectieuses, dit-il, est de trois à huit jours. Leur avenir, dans l'état actuel de la science, est incertain ; il semble (en dehors bien entendu des cas où la maladie prothique entraîne la mort) que la plupart guérissent, leurs symptômes au moins disparaissent. Mais il faut se demander comment s'opère la réparation, comment le revêtement épithélial peut se rétablir, quand sur de longues étendues on a assisté à la desquamation avec désintégration complète de la cellule et mort du noyau. Il faut se demander si ces guérisons sont absolument complètes et définitives, et si à plus ou moins longue échéance ces néphrites ne peuvent se réveiller, si, en un mot, certaines néphrites infectieuses ne peuvent devenir le point de départ de tant de néphrites chroniques dont l'étiologie est si fréquemment enveloppée d'obscurité. »

Pour nous, nous devons retenir de ces différents faits que l'albuminurie doit être soigneusement recherchée dans le cours des oreillons, tant au commencement de

l'affection qu'au moment de la défervescence et de la convalescence. Le rein ne peut être soumis impunément à des congestions répétées, et de pareilles néphrites, si bénignes et si passagères qu'elles puissent être, peuvent devenir la cause de néphrites plus graves dont le point de départ aura passé inaperçu et qu'on rattachera simplement à l'action du froid.

Il pourrait en être de la néphrite ourlienne comme de toutes les néphrites infectieuses que M. Vignerot a étudiées dans sa thèse inaugurale ; le plus souvent passagères elles peuvent demeurer à l'état latent et même passer à l'état chronique. M. E. Gaucher a eu l'occasion, en 1881, d'observer un fait en ce genre chez un infirmier à l'hôpital Cochin. « J'ai pu, dit-il, constater dans le sang et dans l'urine la présence de microcoques isolés ou réunis deux par deux. Les oreillons guéris, l'albuminurie persista ; deux ans après, ce malade était encore albuminurique ; il est vrai que c'était un alcoolique invétéré, mais, avant les oreillons il n'avait jamais présenté aucun signe de néphrite et sa santé était parfaite. »

PATHOGÉNIE

La pathogénie des néphrites infectieuses est de date relativement récente et Fischer de Breslau est le premier qui, en 1868, décrivit une néphrite septique expérimentale qu'il produisit chez des animaux en leur faisant une injection intra-veineuse du produit de la fermentation acide du pus d'un foyer furonculaire.

D'autres auteurs avaient observé aussi des faits analogues, et, dans toutes les néphrites ainsi obtenues, on trouvait à l'autopsie un rein peuplé de colonies microbiennes, qui avaient déterminé autour d'elles une réaction inflammatoire très vive. Ces microcoques venaient des vaisseaux du rein qui étaient oblitérés par des embolies parasitaires ; à la suite de ces embolies, il survenait dans le parenchyme rénal de petits foyers hémorragiques ou de petits abcès.

Mais à côté de ce groupe de néphrites infectieuses où l'on retrouve dans la substance des reins les mêmes germes pathogènes que dans le sang, il y en a d'autres, qu'a bien étudiées M. le professeur Bouchard, où le microbe, au lieu de s'accumuler dans les vaisseaux du rein ou dans le tissu rénal, ne fait seulement que traverser le rein et s'élimine avec l'urine. « Le passage des microbes détermine alors une véritable néphrite irritative, qui se manifeste par des lésions des glomérules et des cellules épithéliales des tubes contournés. La constatation dans le

sang pendant la vie des mêmes microbes qu'on retrouve dans le rein après la mort, la coïncidence de l'apparition dans les urines de l'albumine et des microbes, en même temps que des dépouilles épithéliales des tubuli, la coïncidence de la disparition des microbes et de l'albumine de l'urine, sont autant de preuves en faveur de la conception pathogénique formulée par M. Bouchard. »

La néphrite aiguë que l'on observe à la suite des oreillons peut donc avec une grande apparence de logique être rangée dans le groupe des néphrites infectieuses et comme telle, elle est sujette au même devenir que celles qu'a décrites M. Vignerot dans sa thèse inaugurale. Les unes peuvent disparaître à tout jamais sans laisser aucune trace de leur passage, les autres peuvent disparaître un certain temps pour reparaitre ensuite sous l'influence d'une nouvelle maladie infectieuse ou de toute autre cause banale ; enfin elles peuvent passer insensiblement à l'état chronique et laisser sur le tissu rénal des traces indélébiles de leur passage.

Depuis qu'on a signalé les rapports qui existaient entre l'albuminurie et les maladies infectieuses, le cadre des néphrites a frigore s'est singulièrement rétréci : Sans nier l'influence du froid et surtout du froid humide sur l'étiologie des maladies du rein, chaque fois qu'un albuminurique présentera dans ses antécédents une maladie infectieuse quelconque, il vaudra mieux rattacher son albuminurie à sa maladie infectieuse antérieure car rien, plus que le passage dans le rein des micro-organismes ou de leurs produits solubles, n'est apte à créer un lieu de moindre résistance. Les microbes amassés dans le tissu rénal, à la suite des maladies infectieuses, peuvent créer

des altérations qui restent longtemps silencieuses, mais qu'elles n'existent pas moins, et plus tard sous l'influence d'une maladie aiguë quelconque ou sous l'influence d'une cause même banale, telle que le froid, les lésions peuvent se réveiller comme sous un coup de fouet et donner lieu à des accidents aigus de la plus haute gravité. Certaines maladies infectieuses ont pour les reins la même prédilection que le rhumatisme articulaire pour le cœur.

Ce n'est pas à dire que, dans la pathogénie des néphrites infectieuses, nous voulions placer l'affection ourlienne au premier rang, là n'est pas ce que nous voulons démontrer. La première place revient évidemment à la scarlatine, puis à la diphtérie et à la fièvre typhoïde ; mais, à part ces maladies et à côté de tant d'autres pour lesquelles on l'a prouvé, nous croyons qu'on peut admettre les oreillons.

L'albuminurie a été peu observée dans cette affection, malgré la fréquence des épidémies, mais cela tient évidemment à sa bénignité relative et à l'époque incertaine de son apparition. Chaque fois que les symptômes de néphrite ont été assez accusés et qu'il se sont traduits au dehors par de l'infiltration œdémateuse, ce qui est le cas le plus rare, ces faits ont été soigneusement notés ; c'est ainsi que nous avons les cas de Renard, de Colin, mais le plus souvent l'albuminurie a pu passer inaperçue. En effet, dans nos observations III, IV et V ce n'est que par hasard, pour ainsi dire, que l'albuminurie a été découverte dans le cours de la maladie (on n'en avait pas trouvé au début) à l'occasion de complications viscérales ou d'une recrudescence insolite des symptômes généraux ; quant à nos trois observations inédites, c'est grâce à une recherche systématique que nous avons pu déceler l'albumine. Rien, en effet,

dans ces trois cas, ne pouvait faire penser à la possibilité d'une néphrite ; nos trois malades n'avaient pas le moindre gonflement des jambes ou des paupières, pas le moindre œdème et les différents symptômes qu'ils éprouvaient tels que céphalée, vertiges, courbature, étaient plus l'indice de leur pyrexie que d'une albuminurie si légère.

Les faits que nous avons recueillis sont trop peu nombreux pour que nous puissions en tirer des conclusions très-rigoureuses, mais nous croyons cependant qu'on constaterait beaucoup plus souvent l'albuminurie dans les oreillons si l'on examinait les urines à des époques diverses de la maladie et même pendant la convalescence. En procédant ainsi, les observations de néphrite ourlienne deviendraient de plus en plus nombreuses, et dans la pathogénie des néphrites infectieuses, les oreillons pourraient prendre une place honorable qu'ils n'ont pas encore mais à laquelle ils ont certainement droit.

CONCLUSIONS.

- 1° L'albuminurie ourlienne paraît être assez fréquente.
- 2° Relativement bénigne, elle est le plus souvent passagère, mais elle peut aussi passer à l'état chronique.
- 3° Elle survient à différentes époques dans le cours des oreillons : elle peut se présenter soit dès le début de la maladie, et dans ce cas elle paraît avoir des symptômes plus accusés, soit à la fin comme un phénomène critique, soit dans le cours de la convalescence où elle est alors essentiellement fugitive.
- 4° La possibilité de son passage à l'état chronique impose plus de réserve au pronostic.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Ozanam.** — Maladies épidémiques (T. II, Paris, 1817).
- Huppertz.** — De Parotide. (Berolini, 1823.)
- Cruveilhier.** — Revue médicale (1830).
- Naumann.** — Heckers Annalen (1833).
- Louyer-Villermay.** — Journal des connaissances méd. prat. (1835).
- Eisenmann.** — Die Familie Rheuma (Erlangen, 1841).
- Hippocrate.** — Traduction de Daremberg (Paris, 1844, p. 289).
- Rilliet.** — Gaz. méd. de Paris, 1850, p. 22.
- Baillarger.** — Gazette médicale (1853).
- Trousseau.** — Archives générales de médecine (1854). — Cliniques de l'Hôtel-Dieu.
- Virchow.** — Charité-Annalen (1858).
- Meynet.** — Observations d'oreillons suivis de métastases sur les ovaires (Gaz. méd., Lyon, 1866).
- Rizet.** — Note sur une épidémie d'oreillons (Arch. de méd., 1866).
- Bouteillier.** — Des oreillons et de leur métastase chez la femme (Th. de Paris, 1866).
- Bougart.** — De l'oreillon (Journ. de médecine de Bruxelles, 1866).
- Grisolle.** — De l'atrophie des testicules consécutive aux oreillons (Gaz. des Hôp., 1866).
- Malabouche.** — Etude sur la maladie généralement désignée sous le nom d'oreillons (Th. de Montpellier, 1867), n° 14.

Michel. — Th. de Paris (1868).

Peter. — Parotides, thrombus et métastases (Gaz. Hôp., 1868).

Sallaud. — Th. de Montpellier, 1868.

Guéneau de Mussy. — Etudes cliniques sur le phlegmon parotidien (Gaz. hebdomadaire, 1868).

Ropas. — Essai sur les oreillons (Th. de Paris, 1869).

L. Renard. — Albuminurie bénigne et passagère au cours de la convalescence d'oreillons (Union médicale, 1869).

Carpentier. — De l'oreillon considéré comme maladie générale et éruptive (Th. Paris, 1869).

Debize. — De l'état typhoïde dans les oreillons (Th. de Paris, 1869).

Séta. — (Th. de Paris, 1869). Oreillons.

Duroziez. — Cinq cas d'oreillons. Contagion (Gaz. Hôp., 1870).

Blondeau. — Sur une épidémie d'oreillons (Gaz. Hôp., 1870).

Bouchut. — Sur la nature et le traitement des oreillons (compte-rendu Acad. Sc., 1873).

Gillet. — Mort subite dans un cas d'oreillons (Gaz. Hôp., 1873).

Crocq. — De la parotidite consécutive aux affections aiguës graves (Journ. de méd. de Bruxelles, 1874).

Radcliffe. — Parotitis; translation to testis and brain with threatened acute mania. Recovery. (Philad. med. Times, 1874).

Béhier. — Clinique de l'Hôtel-Dieu, 1874.

Shreve. — A case of metastasis of mumps to the testis and to the brain (Boston méd. and surg. Journ., 1875).

Tuckey. — On some peculiar symptoms following parotitis (Méd. Press. and circular, 1875).

Jacob. — Les oreillons au point de vue épidémiologique et clinique (Rec. de Mém. de méd. milit., 1875).

Desprès. — Orchite des oreillons (Gaz. des Hôp., 1875, n° 133).

Boutelle. — Cases of mumps complicated with epididymitis (Boston med. and surg. Journ., 1876).

Dumarest. — Note sur quelques particularités des oreillons (Lyon méd., 1876).

Fehr. — Ueber das Wesens des Mumps (Arch. f. Chirurgie, 1876).

Iszenart. — Etude sur les parotidites (Th. de Paris, 1876).

Haillet. — De l'oreillon et de ses complications (Th. de Paris, 1876).

Colin. — Rapport des oreillons avec les fièvres éruptives (Union médicale, 30 mars 1876).

Chauvin, Jaloux, Laurens. — Epidémie d'oreillons dans l'armée (Rec. de mém. de méd. milit., 1876).

P. Fabre. — De l'engorgement isolé ou primitif des glandes sous-maxillaires dans une épidémie d'oreillons (Comptes-rendus Soc. Méd., Gannat, 1875-76).

A. Lemarchant. — Des oreillons chez le soldat (Th. de Paris, 1876).

Rose. — Ein fall von besonders bosertigem Mumps (Gen. Blatt der Schweiz Aerzte 1877).

Overbeck. — Ueber Parotitis (Berlin, 1877).

Hatry. — Troubles visuels dans les oreillons (Rev. méd. et chirur. milit., 1877).

Sorel. — De l'orchite dite métastatique dans les oreillons (Rev. de mém. de méd. milit., 1877).

Gailhard. — Etude sur la maladie appelée oreillons; sa nature, ses expressions (Th. Montpellier, n° 41, 1877).

Monin. — Pathogénie et étiologie des oreillons (Th. de Paris, 1877).

Sorel. — Contribution à l'étude de la thermométrie clinique de la fièvre dans l'orchite symptomatique des oreillons (Rev. méd. et chirur. milit., 1877).

Juloux. — Contribution à l'étude des oreillons et de l'orchite métastatique (Revue de méd. et de chir. milit., 1877).

Laveran. — Du pronostic et de la prophylaxie des oreillons chez l'adulte (Union méd., 1878).

Pinet. — De l'état de nos connaissances sur l'affection ourlienne ou oreillons (Th. de Paris, 1878).

Penzoldt. — Ueber eine Varietät der Parotitis epidemica (Thur. artztl. Corresp. Blatt., 1878).

Lereboullet. — Atrophie testiculaire consécutive à une orchite ourlienne (Union méd., 1878).

Luehe. — Eine Parotitis-Epidemie (Berlin Klin. Wochen., 1879).

Granier. — Des oreillons, des orchites métastatiques et des atrophies testiculaires consécutives (Lyon-Médical, 1879).

Isham. — Parotitis or Mumps. A theory of its etiology and the rational of the secondary manifestations or so-called metastases (Améric. Journ. of Med. Sc., 1879).

Maximowitsch. — Ein Fall von Parotitis mit nachfolgender Meningitis (Petersb. Méd. Woisen, 1880).

Machado. — Essai sur les oreillons sous-maxillaires. (Th. de Paris, 1880).

Bouchard. — Société de Biologie de Paris (nov. 1880).

Capitan et Charrin. — Bull. de la Société de Biologie (28 mai et 4 juin 1881). Microbes dans les oreillons.

Bouchard. — Des néphrites infectieuses (Rev. de Méd., 1881, p. 671). Communication faite au Congrès de Londres.

Eloy. — Les déterminations de la fièvre ourlienne sur l'appareil auditif (Union Méd., juillet 1881).

Calmettes. — Sur une conséquence peu connue des oreillons (France Méd., 1882, II, p. 86).

J. Appleyard. — Un cas d'oreillons avec souffle cardiaque, température élevée et métastase articulaire (Lancet, janv. 1882).

Karth. — Sur une forme grave d'oreillons (Th. de Paris, 1883).

Jaccoud. — Oreillons bénins (Cliniques de la Pitié, 83-84).

Guasco. — Sur une épidémie d'oreillons qui a sévi sur la garnison de Toulouse (Th. de Paris 1883).

Nimier. — De la récidence des Oreillons (Arch. de méd., juillet 1883).

Calmettes. — Oreillons et fièvres éruptives (Arch. gén. de méd., oct. 1883).

Jaccoud. — De l'oreillon (Gaz., des hôpitaux, mai 84).

Bich. — De l'atrophie testiculaire consécutive aux oreillons (Th. de Paris, 1884).

Ollivier. — De la contagiosité et du contagement des oreillons (Rev. des maladies de l'enfance, juillet 1885).

Plagneux. — Sur une épidémie d'oreillons observée à Rochefort (Th. de Paris 1885).

Renard. — Note sur l'albuminurie et les oreillons (Arch. de méd. mil., sept., 1885).

Tédenat. — Contribution à l'étude de l'orchite ourlienne (Montpell. méd. 1885).

Jaccoud. — Du caractère infectieux de l'affection ourlienne (Gaz. des hôp., juin 1885).

Lannois et Lemoine. — Pseudo-rhumatisme des oreillons (Revue de médecine, mars 1885).

Lannois et Lemoine. — Des manifestations méningitiques et cérébrales des oreillons (Arch. de neurologie, XI, p. 1).

Longuet. — Des lésions des divers organes et appareils dans les oreillons (Th. méd., avril 1885).

Dreyfus-Burach. — De quelques travaux récents relatifs aux oreillons (1885).

Fournié. — Complications du côté des organes des sens dans le cours des oreillons (Arch. de méd. milit., mars 1885).

Boinet. — Note sur le microbe des oreillons (Lyon, méd., mars 1885).

Viela. — Des oreillons examinés principalement au point de vue de la fièvre (Th. de Paris 1886).

Gaucher. — Thèse d'agrégation (1886).

Jeoffroy. — De la paralysie ourlienne. (Progr. méd. 1886).

Ménière. — Surdité bilatérale et complète   la suite des oreillons (Revue de Laryngologie 1887).

Notaris. — Des péricardites secondaires ; péricardite ourlienne (Th. de Montpellier, 1887).

Bourcy. — Des déterminations articulaires des maladies infectieuses (Th. de Paris, 1887).

Bourgeois. — De la fièvre ourlienne et de ses complications (Th. de Paris, 1887).

Gachon. — Essai sur le pseudo-rhumatisme ourlien (Th. de Montpellier, 1886).

De C renville. — Rev. méd. Suisse, 1887, VII, p. 744.

Fabre. — Note sur trois épidémies d'oreillons observées à Commeny (Gaz. méd. de Paris, 1887).

Bordas. — Bull. de la Société de Biologie (p. 645).

Ferrand. — Note sur les oreillons infectieux (France médicale, 1889, n  24).

Pognon. — Des formes cliniques de la maladie ourlienne (Th. de Paris, 1889).

Pilate. — O d me du larynx au cours des oreillons. (Bull. méd. 8 juin 1890).

Vignerot. — Contribution à l'étude des néphrites (Th. de Paris, 1890).

Liégeois. — Contribution à l'étude des manifestations cérébrales et méningitiques des oreillons (Progrès méd., 1891, n  40, p. 241).

Gell . — Surdité consécutive aux Oreillons (Annales des maladies de l'oreille 1891, n  7, p. 479).

D'Heilly. — Art. Oreillons du dict. de méd. et chir. pratiques.

Laveran. — Art. Oreillons du dict. encyclopédique des
Sc. méd.

VU

Le Président de la thèse,

BROUARDEL.

VU

par le Doyen

BROUARDEL.

VU

Le vice-recteur

GRÉARD.

